

Seroma o lesión de Morel-Lavallée. A propósito de un caso

Drs.  Liliana Alliey,¹  Ana Guillen,²  Sandra Payares,³  Andrea Quintero,⁴  Gerardo Salamalé.⁵

¹Médico Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Valencia, Venezuela. ²Médico Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Valencia, Venezuela. ³Médico Especialista en Ecografía Integral, Valencia, Venezuela. ⁴Médico Cirujano, Valencia, Venezuela. ⁵ Médico Especialista en Ecografía Integral, Valencia, Venezuela.

RESUMEN

La lesión Morel-Lavallée es una lesión poco frecuente de los tejidos blandos causada por la separación del tejido celular subcutáneo de la fascia muscular por un seroma, hematoma o necrosis grasa. Son también denominadas lesiones de degloving cerradas. A pesar de su escasa frecuencia, se asocia a una considerable morbilidad en pacientes traumatizados. Se describe un caso de lesión de Morel-Lavallée en una paciente femenina de 34 años de edad, con antecedente de traumatismo directo en miembro inferior derecho, por arrollamiento en accidente de tránsito, quien acudió a consulta de institución privada de Valencia, Venezuela. Se dan a conocer las manifestaciones clínicas y ultrasonográficas de la lesión y la resolución del caso.

Palabras clave: Lesión de tejidos blandos, Seroma de Morel-Lavallee, Lesión de degloving cerrado, Seroma postraumático.

Seroma or Morel-Lavallée injury. About a case

ABSTRACT:

The Morel-Lavallée injury is a rare soft tissue injury caused by the separation of subcutaneous cellular tissue from the muscle fascia by a seroma, hematoma, or fat necrosis. They are also called closed degloving lesions. Despite its low frequency, it is associated with considerable morbidity in trauma patients. We describe a case of Morel-Lavallée Injury in a 34-year-old female patient with a history of direct trauma to the lower right limb, due to being rolled in a traffic accident, who attended a consultation at a private institution in Valencia, Venezuela.

The clinical and ultrasonographic manifestations of the injury and the resolution of the case are disclosed.

Keywords: Soft tissue injury, Morel-Lavallee seroma, Closed degloving injury, Post-traumatic seroma.

INTRODUCCIÓN

La lesión de Morel-Lavallée es una rara condición de los tejidos blandos descrita por primera vez por el cirujano francés Maurice Morel-Lavallée en 1853 (1). Consiste en una separación o avulsión abrupta de la piel y tejido celular subcutáneo respecto a la fascia

muscular, asociado comúnmente a fracturas acetabulares y pélvicas que ocurren después de un trauma directo (2), sobre todo en pacientes politraumatizados, creándose un espacio o cavidad entre el tejido subcutáneo y la fascia muscular que se llena de líquido por la ruptura de arterias perforantes y del plexo linfático, así como de licuefacción grasa (3, 4). Por lo general

la manifestación clínica consiste en un aumento de volumen de diámetro variable, fluctuante a la palpación. El diagnóstico viene dado por la clínica, anamnesis y estudios complementarios, entre los cuales destaca la ecografía de partes blandas y la resonancia magnética (5, 6). Existe una falta de consenso sobre el tratamiento adecuado de estas lesiones, se manejan opciones que incluyen terapias no quirúrgicas, junto con técnicas quirúrgicas y percutáneas (6, 7). Se recomienda una temprana evacuación de la colección para evitar complicaciones (8).

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 34 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos o patológicos de importancia, el único antecedente significativo es un accidente de tránsito por arrollamiento hace 14 meses, con traumatismo directo en tercio medio de miembro inferior derecho. Al momento del trauma presentó gran hematoma que se acompañó de impotencia funcional de rodilla derecha y que ameritó evaluación traumatológica, radiografía de muslo y radiografía de rodilla, en las que no se evidenciaron fracturas, ni lesiones graves. Después de veinticuatro horas de observación intrahospitalaria, se indicó alta médica con tratamiento sintomático y reposo por quince días, con evolución satisfactoria al mes del accidente. Actualmente, la paciente fue valorada por el servicio de traumatología por presentar aumento de volumen en la cara anterior del tercio distal del muslo derecho, de aproximadamente dos meses de evolución, no doloroso, que no involucra la articulación de la rodilla, de crecimiento lento y progresivo; al examen físico se evidencia una masa parcialmente definida, con leve fluctuación a la movilización, sin signos de flogosis, motivo por el cual se indica realizar ecografía de partes

blandas en la que se observa presencia de colección encapsulada y loculada, de contenido eco mixto, heterogéneo, la cual mide 51 x 37 x 13 mm en sus diámetros longitudinal, transverso y anteroposterior respectivamente, que no emite señal vascular al aplicar *doppler* color y no invade planos profundos, ubicada en el tejido celular subcutáneo de la región suprapatelar derecha con extensión hacia la región parapatelar medial, sugestiva de quiste o seroma postraumático de tejidos blandos o de Morel-Lavallée (Figuras 1, 2 y 3). Se decidió su



Figura 1. Ecografía de partes blandas. Región suprapatelar de miembro inferior derecho, en visión de campo extendido, corte longitudinal, identificándose: Colección encapsulada, heterogénea, que mide 51 x 13 mm.

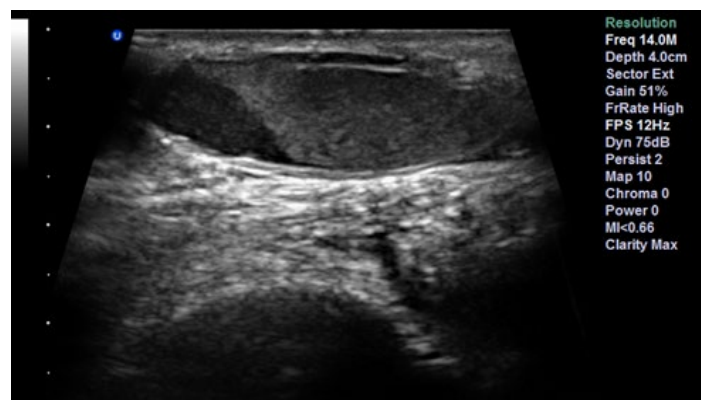


Figura 2. Ecografía de partes blandas. Región parapatelar medial de miembro inferior derecho en corte longitudinal, identificándose colección encapsulada, eco mixta, observándose nivel liquido-liquido.

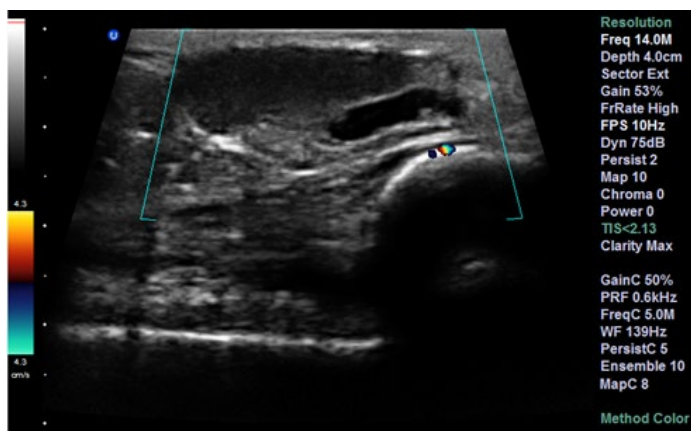


Figura 3. Ecografía de partes blandas. Tercio distal de muslo derecho. Corte transversal. Se observa colección encapsulada y loculada, de contenido eco mixto, sin vascularización interna al *doppler color*.

ingreso de forma electiva para realizar drenaje percutáneo de la lesión y posteriormente tratamiento quirúrgico abierto, obteniéndose material seroso con componente denso y semisólido. El diagnóstico se confirmó en el acto quirúrgico.

DISCUSIÓN

El seroma de Morel Lavallée, es una lesión generalmente localizada en la zona del trocánter mayor, sin embargo también puede encontrarse en la zona lumbar, escapular, glútea, pantorrilla, cabeza y rodilla (9); esta última localización coincide con lo expuesto en este caso clínico.

Los accidentes automovilísticos son la etiología más común, aunque los traumatismos por fuerza contundente de bajo grado, incluidas las caídas y las lesiones relacionadas con el deporte, representan una minoría significativa de casos (1).

El inicio de la clínica suele ser próxima al evento traumático, pero hasta un tercio de los

pacientes pueden cursar con una presentación tardía, con edema que aumenta gradualmente, meses o años después de la lesión inicial (1), similar a lo descrito.

El ultrasonido ha demostrado ser una herramienta diagnóstica confiable y económica, para el manejo de estas lesiones, la resonancia magnética por su parte, aporta datos importantes en cuanto a la extensión y cronicidad (5).

En Venezuela, donde la disponibilidad de equipos de resonancia magnética es escasa y de alto costo, el ultrasonido, en manos de personal experto, desempeña un papel fundamental en el diagnóstico de este tipo de lesiones, tal como se demostró en este caso.

CONCLUSIÓN

La lesión de Morel-Lavallée es una patología poco frecuente, sin embargo, se asocia con una morbilidad considerable en pacientes traumatizados. Su proceso de formación puede ser agudo, de mayor contenido hemático, o crónico con predominio de derrame seroso con formaciones quísticas y degeneración grasa. El diagnóstico se basa principalmente en la clínica y se confirma con estudios de imagen. La ecografía es la técnica de mayor accesibilidad, bajo costo y de alta efectividad.

REFERENCIAS

1. Diviti S, Gupta N, Hooda K, Sharma K, Lo L. Morel-Lavallée Lesions-Review of Pathophysiology, Clinical Findings, Imaging Findings and Management. *J Clin Diagn Res.* 2017; 11(4):TE01-TE04. doi: 10.7860/JCDR/2017/25479.9689
2. Luta V, Enache A, Costea C. Posttraumatic Morel-Lavallée seroma-clinic and forensic implications. *Rom J Leg Med.* 2010; 18(1): 31-36. doi:10.4323/rjlm.2010.31

3. Matava MJ, Ellis E, Shah NR, Pogue D, Williams T. Morel-lavallée lesion in a professional american football player. Am J Orthop (Belle Mead NJ) [Internet]. 2010 [consultado el 19 de agosto de 2021]; 39(3):144-147. Disponible en: <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/039030144.pdf>
4. Hak DJ, Olson SA, Matta JM. Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: the Morel-Lavallée lesion. J Trauma. 1997; 42(6):1046-1051. doi: 10.1097/00005373-199706000-00010
5. De la Torre D. Lesión de Morel-Lavallée. Medigraphic [Internet]. 2013 [consultado el 21 de agosto de 2021]; 9(2):93-98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2013/ot132c.pdf>
6. Borrero S. Lesión de Morel-Lavallée: Una lesión de degloving cerrado poco frecuente de fácil diagnóstico y tratamiento oportuno. Rev Cuerpo Méd HNAAA [Internet]. 2017 [consultado el 18 de agosto de 2021]; 10(2):95-97. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052336/rcm-v10-n2-2017_pag95-97.pdf
7. Jiménez M, Santos Y, Najarro C, Chaqués A. Tratamiento del derrame de Morel-Lavallée mediante soporte endoscópico, a propósito de ocho casos clínicos. Trauma [Internet]. 2015 [consultado el 23 de agosto de 2021]; 26(1):45-48. Disponible en: <https://app.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v26n1/docs/v26n1.pdf>
8. Nickerson TP, Zielinski MD, Jenkins DH, Schiller HJ. The Mayo Clinic experience with Morel-Lavallée lesions: establishment of a practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg. 2014; 76(2):493-497. doi: 10.1097/TA.0000000000000111
9. Scolaro, J, Chao T, Zamorano D. The Morel-Lavallée Lesion: Diagnosis and Management. JAAOS [Internet]; 2016 [consultado el 15 de agosto de 2021]; 24 (10): 667-672. Disponible en: 10.5435/JAAOS-D-15-00181

Recibido 30 de junio de 2021

Aprobado el 5 de septiembre de 2021